

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

41

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Marcel LIVORY

Né le 5 Mars 1911, à Montebourg (Manche).

La Résection recto-sigmoïdienne
avec intubation colo-rectale

Travail du Service du Docteur BERGERET
(Hôpital Necker)

Président : M. MONDOR, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

 POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Marcel LIVORY

Né le 5 Mars 1911, à Montebourg (Manche).

La Résection recto-sigmoïdienne avec intubation colo-rectale

Travail du Service du Docteur BERGERET

(Hôpital Necker)

Président : M. MONDOR, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	{ ABRAMI.
	{ FIESSINGER.
	{ LOEPER.
	{ RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNEO.
	{ GOSSET.
	{ GREGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ JEANNIN.
	{ LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	{ HAZARD.
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ SANNIE.
	{ VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ..		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

A MA MERE CHERIE

*Leur vie toute de travail,
d'honneur et de sacrifices sera
pour moi le meilleur des exem-
ples.*

A MON FRERE ALBERT LIVORY

Médecin auxiliaire en captivité

*Vers qui vont toutes mes pen-
sées.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET

Chirurgien de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'Honneur

*Après avoir été pour nous,
pendant trop peu de temps, le
Maitre par excellence, il nous a
fait l'honneur de nous confier le
sujet de cette thèse. Qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de
notre affectueux attachement et
de notre profonde reconnais-
sance.*

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. OMBREDANNE

Professeur de clinique chirurgicale infantile
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma respectueuse admiration.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. GUIMBELLOT

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'Honneur

En remerciement de la si délicate bienveillance dont il entoura notre première année d'Internat.

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MADIER

Chirurgien de l'Hôpital des Ménages
Chevalier de la Légion d'Honneur

En souvenir respectueux de deux fructueuses années passées sous sa direction soit comme externe, soit comme interne, à l'hôpital des Ménages.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

Chirurgien honoraire de la Pitié
Chevalier de la Légion d'Honneur

Pour lequel notre affection a survécu au court séjour que nous avons fait dans son service avant les hostilités.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR DESBOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Caen

Témoignage de ma respectueuse considération en souvenir de ses belles leçons, et en reconnaissance de la protection dont il a bien voulu nous entourer.

MONSIEUR LE DOCTEUR PELLISSIER

Médecin Chef de la Cité Universitaire
Inspecteur Général de la Santé Publique

En souvenir de trois années heureuses passées sous sa direction au service médical de la Cité Universitaire.

MONSIEUR LE DOCTEUR OBERLIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FEVRE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE CAEN

M. LE DOCTEUR GUIBE.
M. LE DOCTEUR LECORNU.
M. LE DOCTEUR CHAPERON.
M. LE DOCTEUR COLIN.

A MES AUTRES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SUREAU.
M. LE DOCTEUR R. SOUPAULT.
M. LE DOCTEUR GERARD-MARCHANT.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL.
M. LE DOCTEUR TZANCK.
M. LE DOCTEUR RICHARD.

*Témoignage de reconnaissance
pour la sympathie qu'ils m'ont
témoignée.*

A MES CONFERENCIERS

G. ARDOUIN, GADAUD, A. DUFOUR,
J. GUYEN, P. GUIBE, LANCE, R. JOSEPH,
P. SOULIE.

A MES AMIS ET COLLEGUES D'INTERNAT

A. BRAULT, R. GENEVRIER, A. GUNY,
H. LARTIGUE, F. PLAS, G. ROCHE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE FONTBONNE

*Dont l'exemple suscita ma
vocation, en gage de ma fidèle
et profonde amitié.*

HOPITAUX DE CAEN.

Stage (1930-1931) :

M. LE DOCTEUR GUIBE.

M. LE DOCTEUR LECORNU.

HOPITAUX DE PARIS.

Externat (1932-1936) :

M. LE DOCTEUR G. HARET. (*in memoriam.*)

M. LE DOCTEUR L. BABONNEIX.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS.

(*in memoriam.*)

M. LE PROFESSEUR O. CROUZON. (*in memoriam.*)

M. LE DOCTEUR MARCEL PINARD. (*in memoriam.*)

M. LE DOCTEUR DARRE.

M. LE DOCTEUR LE MEE.

Internat (1937-1942) :

M. LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL.

M. LE DOCTEUR GUIMBELLOT.

M. LE DOCTEUR J. MADIER.

M. LE DOCTEUR CHEVRIER.

M. LE DOCTEUR BERGERET.

M. LE DOCTEUR RICHARD.

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE.

M. LE DOCTEUR GOUVERNEUR.

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, beaucoup de chirurgiens semblent être d'accord pour affirmer avec KIRCHNER, à propos d'une affection qui menace aussi gravement la vie que le cancer du rectum, que « les possibilités d'une guérison durable l'emportent de beaucoup sur toute autre considération ». Aussi, dans l'esprit actuel de la chirurgie du rectum, le but qu'il faut atteindre est-il double : il vise d'une part la bénignité des suites opératoires, et d'autre part, la longueur de la survie. Le procédé opératoire qui répond le mieux à ce but et qui a triomphé aux récents congrès de chirurgie consacrés à la question, aussi bien en France qu'à l'étranger, est l'amputation du rectum par voies combinées sans conservation du sphincter.

Mais, si le pronostic vital l'emporte sur le pronostic fonctionnel, il est des cas où la préservation de la fonction est loin d'être incompatible avec une longue survie. Sans doute, dans les cancers ampullaires inférieurs et moyens qui sont les plus nombreux, la conservation de la région ano-sphinctérienne comporte de

gros risques de récidives. Dans les tumeurs hautes du rectum ou basses du colon-pelvien par contre, ce risque apparaît bien minime. Certes, les anatomistes ne sont plus aujourd'hui d'accord sur l'indépendance du réseau lymphatique inférieur vis-à-vis des tumeurs rectales hautes; il n'en reste pas moins que les recherches des chirurgiens qui se sont attachés à la question, MONDOR en France, BASTIANELLI en Italie, WESTHUES en Europe Centrale ont montré que pratiquement jamais on ne trouve, au dessous de la tumeur, soit dans la paroi rectale, soit dans le tissu avoisinant, la trace d'une métastase cancéreuse, et les adénites rencontrées y sont toujours d'origine inflammatoire.

Aussi bien, certains pensent-ils qu'il est irrationnel devant un cancer rectal supérieur ou de la jonction recto-sigmoïdienne qui respecte nettement le canal anal et son sphincter, d'en faire délibérément le sacrifice au cours d'une amputation ou de le laisser en place mais inutilisé dans une résection du type HARTMANN. « La colostomie iliaque, l'anus périnéal ou sacral, ne doivent être, dit BASTIANELLI, que le résultat de conditions particulières soit de la situation, soit de l'extension du mal, ou d'une impossibilité technique. jamais un principe fixe auquel les chirurgiens doivent se soumettre ». Il ne faut jamais perdre de vue la gravité de l'infirmité que constitue, pour un adulte surtout l'existence d'un anus artificiel qui n'est jamais compa-

nable, quel que soit son siège et quels que soient les artifices auxquels on a eu recours, à un anus avec son sphincter normal. Et ainsi, on peut établir en principe que, chaque fois que cela peut être fait sans compromettre les suites de l'opération ou l'avenir du malade, le sphincter doit être conservé.

Parmi les tentatives qui ont été faites dans le sens de la conservation sphinctérienne et du rétablissement de la continuité intestinale après résection recto-colique, il est un procédé qui semble mériter le regain de crédit que certains auteurs ont mis en lui. C'est l'opération de LOCKHART MUMMERY : elle consiste en une résection recto-sigmoïdienne suivie d'une invagination du bout colique dans le segment ano-rectal laissé en place; elle s'effectue uniquement par voie abdominale.

C'est à son étude que nous nous sommes attachés. L'inspirateur de ce travail est notre maître, le Docteur A. BERGERET. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre attachement.

P L A N

Voici le plan que nous adopterons :

I. — Après avoir fait une courte étude historique de la méthode.

II. — Nous exposerons ses indications et les conditions indispensables à sa réalisation.

III. — Nous considérerons ensuite certaines notions générales ,essentielles aussi bien à la facilité qu'à la sécurité de l'opération.

IV. — Nous envisagerons alors les détails de son exécution au cours de ses trois temps successifs, nous attachant surtout au deuxième temps qui comporte la résection segmentaire recto-colique suivie d'invagination.

V. — Nous étudierons les résultats obtenus.

VI. — Nous rapporterons onze observations inédites de malades opérés, soit en ville, soit à l'hôpital par le Docteur BERGERET.

VII. — Nous dégagerons nos conclusions.

VIII. — Nous terminerons enfin par un mémoire bibliographique.

HISTORIQUE

La méthode de P.-L. MUMMERY ne constitue pas une innovation puisque c'est vers la fin du siècle dernier qu'elle a fait son entrée dans la chirurgie recto-sigmoïdienne.

Mais c'est en fait le 16 mai 1908 que, dans un article paru dans « The Lancet », elle a été vulgarisée par l'auteur qui lui a attaché son nom. Cet article était intitulé : « Une méthode nouvelle de rétablissement de la continuité intestinale en cas de résection de tumeurs bas situées sur l'anse sigmoïde ». Cette technique consistait, après résection recto-sigmoïdienne, à lier le bout de l'anse sigmoïde sur un tube de verre, à attirer ce tube à travers l'anus, à fixer cette invagination en suturant à la soie la tranche de section rectale au pourtour du colon invaginé, puis à fermer l'abdomen sous le couvert d'un drain.

Mais, ce faisant, P.-L. MUMMERY, ne fut pas, ainsi qu'il le crut tout d'abord, un novateur ; c'est, en effet, en 1892 que MAUNSELL avait conçu la méthode et J. RUTHERFORD MORISON l'avait déjà réalisée en 1896.

A la suite de la publication de MUMMERY, un élève de MORISON vint d'ailleurs apporter les observations de son maître en même temps que sa statistique marquée par « quelques merveilleux résultats », mais « entachée d'une grande mortalité ».

Par la suite, la méthode de l'intubation connut, dans les pays de langue anglaise, des heures de grand succès. Elle fut employée par W. MAYO (1907), BARKER (1909), BALFOUR et GIBSON (1910). Celui-ci tenta même de la généraliser à toute anastomose colo-colique. Elle subit quelques améliorations : le tube de verre fut remplacé par un drain de caoutchouc, l'invagination fut fixée par des points séro-musculaires invaginant la tranche rectale, et l'on préconisa de descendre, si possible, le bout supérieur à l'anus. A l'heure actuelle, en Angleterre aussi bien qu'aux Etats-Unis, le procédé semble être tombé dans l'oubli. Et le nom de MUMMERY est attaché à l'amputation périnéale du rectum.

En France, par contre, le procédé de P.-L. MUMMERY n'a guère été utilisé. En parcourant la littérature chirurgicale sur le rectum, on ne trouve à son sujet que quelques allusions aux Congrès Français de chirurgie de 1913 par P. DUVAL et de 1922 par ABADIE d'Oran et RARÈRE de Bordaeux et, timide écho réalisateur, quelques observations éparses. Citons celles de

DESJARDINS, de DESMARETS, d'HUGUIER, de PAUCHET, de TISSERAND, de PICOT. Si un mouvement fut jamais tenté en faveur de la méthode, c'est à OKINCZYC qu'on le doit. Il a montré à la Tribune de la Société de Chirurgie, quelle peut en être la bénignité en publiant un cas personnel d'intubation et en faisant le rapport de quatre cas de LECLERC, tous terminés par la guérison. Il l'a perfectionnée en préconisant une invagination double par retournement de la tranche rectale, fixée par deux étages de sutures, longue et amarrée à la peau du périnée. Il est juste d'ajouter que, parallèlement, A. SCHWARTZ s'est fait le protagoniste de l'invagination tentée pour rétablir secondairement la continuité recto-colique chez les sujets traités primitivement par l'opération d'HARTMANN.

Parmi les auteurs étrangers qui se sont intéressés à la méthode, émerge un nom, celui du Professeur BASTIALLENI de Rome qui, en 1932, en réunissait trente cas et l'avait déjà réalisée deux fois lorsque parut la note princeps de LOCKHART MUMMERY.

INDICATIONS DE LA METHODE ET CONDITIONS DE SA REALISATION

Nous envisagerons les indications du procédé au seul point de vue du siège de la lésion, puisque c'est uniquement dans le cadre des lésions néoplasiques que nous avons placé cette étude.

INDICATIONS.

Tous les cancers du rectum et du sigmoïde ne sont pas justiciables de la méthode.

C'est dans le traitement des cancers du sigmoïde qui sont inaccessibles à la colectomie segmentaire avec extériorisation et des cancers du rectum pour lesquels l'amputation ne semble pas rationnellement indiquée que la résection colo-rectale suivie d'invagination trouve sa place.

Elle a son indication majeure dans les tumeurs bas situées de l'anse sigmoïde où il apparaît qu'après résection large, le bout inférieur sera trop court pour être amené à la peau. Elle a été utilisée par LECLERC contre les tumeurs plus hautes de la partie moyenne

de l'anse sigmoïde, mais elle semble alors plus difficile à réaliser, du moins dans le cadre de la sécurité; en effet, plus la section a porté haut sur le colon pelvien, plus l'invagination risque d'être courte à cause de la diminution de longueur du segment sus-tumoral et de l'accroissement de la distance qui le sépare de l'anus.

La section basse du rectum au niveau de l'union de son canal et de son ampoule permet d'étendre les indications du procédé à certaines tumeurs rectales. Mais nous pensons que, dans ce domaine, la sagesse consiste à ne l'appliquer que contre les lésions ampullaires hautes. Suivie ou non d'invagination, la recto-sigmoïdectomie abdominale est, contre les tumeurs ampullaires plus basses une opération pleine de risques. Si elle veut être franchement radicale, c'est-à-dire passer nettement au-dessous de la tumeur, elle entraîne au décollement des espaces cellulaires sous-péritonéaux para néoplasiques dont la sub-infection latente risque de se transformer en une poussée grave de cellulite pelvienne; d'autre part, alors, elle risque d'être trop parcimonieuse et susceptible de favoriser une récurrence *in situ*. Il existe donc sur le rectum une limite inférieure au delà de laquelle la résection cesse d'être raisonnable. Cette limite a été fixée, par certains auteurs, par rapport au reflet du péritoine du cul-de-sac de Douglas; mais il s'agit là d'un repère bien variable et non

perceptible cliniquement. Pratiquement, nous pensons que la conservation sphinctérienne peut être considérée du point de vue topographique, comme réalisable pour les tumeurs haut perçues par un doigt enfoncé à fond, c'est-à-dire qui se trouvent séparées du bord supérieur du sphincter anal par un intervalle de cinq ou six centimètres de muqueuse saine. Il faut, dans cette appréciation, tenir compte de l'erreur induite par le poids de la tumeur, et sa mobilité; aussi est-il bon d'examiner les malades en position genu-pectorale et de contrôler les données du toucher rectal par celle de la rectoscopie.

Ainsi, du point de vue topographique, l'intubation colo-rectale après résection trouve ses indications nettement limitées au haut rectum et au bas sigmoïde par les indications respectives de la colectomie segmentaire et de l'amputation du rectum.

CONDITIONS DE SA RÉALISATION.

Encore, la réalisation de la méthode de MUMMERY est-elle soumise à d'importantes conditions. Ces conditions sont d'ordre anatomique et d'ordre général.

La première condition d'ordre anatomique réside dans la longueur et la mobilité du segment d'anse sigmoïde sus-jacent au segment tumoral à réséquer. Le sigmoïde sus-tumoral doit pouvoir descendre sans ti-

raillements jusqu'à l'orifice anal et le dépasser autant que possible. Sa longueur doit être suffisante et sa mobilité, pour le moins, facilement récupérable. Ces conditions se trouvent plus souvent réalisées chez la femme dont l'anse est en général longue et munie d'un méso ample, que chez l'homme dont l'anse est en général courte et amarrée de près à la paroi postérieure par un méso bref. Cet élément conditionnel peut être étudié radiologiquement grâce à l'injection d'un lavement baryté. Mais c'est surtout au cours de l'intervention, soit au cours du premier temps, l'établissement de l'anus iliaque, soit surtout au cours du second temps que l'on pourra apprécier la longueur et la mobilité de la sigmoïde et, en l'amenant au fond du bassin, la possibilité de sa descente au périnée.

La deuxième condition d'ordre anatomique tient aux connexions pathologiques de la tumeur. L'opération de MUMMERY ne doit s'attaquer qu'aux petits cancers n'ayant pas dépassé la paroi rectale et qui ont conservé leur mobilité. Tout cancer adhérent, tout cancer ayant induré les ailerons du rectum échappe à la résection et entre dans le domaine de l'amputation.

La condition d'ordre général ne nous est apparue que peu à peu, mais nous la considérons comme formelle. C'est, pensons-nous, en partie pour l'avoir méconnue, que deux de nos malades ont succombé. C'est

que l'opération de MUMMERY peut entraîner après elle un certain choc, des accidents d'infection sous péritonéale post-opératoire que ne produit plus l'abdomino-périnéale en deux temps telle que l'a préconisée notre Maître le Docteur A. BERGERET. Un organisme résistant en triomphe facilement, un malade sénile, obèse, taré, ou trop touché par l'intoxication cancéreuse, lâche pied devant eux.

Au total, la résection-invagination doit être réservée aux cancers voisins de la jonction recto-sigmoïdienne, à la triple condition que le malade soit résistant, l'anse sigmoïde suffisamment longue, et le cancer mobile.

Lorsque l'état général n'est pas excellent, que le cancer n'a pas la mobilité désirable, nous pensons que le pronostic vital reprend ses droits sur le souci de la fonction, et nous préférons faire en deux temps précédés d'une colostomie une amputation abdomino-périnéale moins shockante.

Lorsque l'anse sus tumorale ne présente pas la longueur indispensable à une invagination et que le bon état général du sujet, sa jeunesse invitent pourtant à la conservation du sphincter, il semble logique d'effectuer l'opération d'HARTMANN, avec abandon du bout inférieur au-dessous d'un cloisonnement pelvien ou mieux suspension de ce bout inférieur au cloison-

nement, quitte à la faire suivre ultérieurement d'une intubation. On sait en effet, ainsi que l'a bien montré SCHWARTZ, qu'une anse sigmoïdienne sectionnée et colostomisée subit, de façon non constante mais fréquente, un allongement progressif qu'il est loisible de vérifier radiologiquement et qui rend possible, dans un délai voisin d'une année, la descente et l'invagination du colon pelvien.

NOTIONS DIRECTRICES DE LA TECHNIQUE

Avant de décrire la technique dans les détails de son exécution, nous tenons à dire quelques mots des principes qui la dirigent et qui nous semblent essentiels.

1°. — *Nous lions systématiquement le paquet mésentérique inférieur très haut, tout près de son origine.*

C'est là un geste dont l'inocuité et l'intérêt ne sont certes pas universellement reconnus.

Cette inocuité nous apparaît telle que nous faisons, de cette ligature haute, un geste systématique dans la chirurgie du rectum. Le fait peut paraître surprenant, puisque, lorsque l'artère colique gauche fait défaut ou naît du tronc des sigmoïdiennes, le colon sigmoïde restant doit se nourrir aux dépens du système artériel colique droit par l'intermédiaire de l'arcade mésocolique. Pourtant, l'intestin observé tandis que se poursuit l'intervention reste coloré, rose et ne se refroidit pas plus qu'un quelconque segment intestinal extérieo-

risé, à la condition bien entendu d'avoir conservé l'arcade bordante qui souvent se trouve éloignée de deux ou trois centimètres du colon. En admettant qu'une hypovascularisation existe, et nous le pensons volontiers, il suffit de s'en souvenir au cours des sutures colo-rectales et du surjet de péritonisation, en s'interdisant des points coliques profonds susceptibles de produire autour d'eux une zone de nécrose facilement extensible en tissu anémié.

Son intérêt est évident. Elle permet en effet l'exérèse maxima du territoire lymphatique susceptible d'être macroscopiquement ou histologiquement envahi.

De plus, cette section haute de la mésentérique permet la désinsertion totale de la racine verticale du mésocolon sigmoïde, ce qui, joint à la section de la sigmoïdienne supérieure qui fait corde, rend possible, sans tiraillements et sans efforts, un excellent abaissement du colon pelvien sus-tumoral.

2°. — *Nous nous imposons une invagination longue.*

Nous entendons par là que le sigmoïde abaissé doit venir doubler entièrement le cylindre ano-rectal resté en place, et, si possible, dépasser l'anus de quelques centimètres.

Cette précaution est en rapport avec la tendance

à la rétraction que présente le cylindre intubé et dont le maximum siège sur la ligne d'insertion mésocolique, à l'endroit précis où les sutures colo-rectales sont en général les plus précaires. A réaliser une invagination courte et à faire confiance aux sutures, dans l'opération de MUMMERY, on court le risque, sinon d'une désinvagination, du moins d'une fistule stercorale. Les incidents de cet ordre relevés dans la littérature sont survenus à l'occasion d'invagination de quelques centimètres, et, ajoutons-le, faites sans anus préalable.

OKINCZYC trouve un autre intérêt à pousser cette invagination; il y voit un véritable anus de dérivation trans-anal temporaire. Cette notion conduit à supprimer la colostomie en amont préalable, dans tous les cas où le sujet n'est pas en état d'occlusion. C'est ce qui a été fait dans l'observation n° 1, mais l'intervention eut des suites pénibles au cours desquelles on vit apparaître une fistule stercorale. Dans la suite, étant donné d'autre part, les progrès accomplis dans la technique des fermetures d'anús, il a semblé préférable de confier systématiquement à une colostomie en amont l'assurance du risque de désunion.

3°. — *Ainsi donc, systématiquement, nous établissons au préalable une colostomie de dérivation.*

Il s'agit, bien entendu, d'un anus avec éperon sur

baguette de verre et large, car il faut que la dérivation des matières soit complète, ce que ne peut assurer une simple fistule latérale. Nous l'effectuons de préférence sur la partie toute supérieure de l'anse sigmoïde, presque à son union avec le colon descendant. Cette préférence est basée sur la plus grande facilité de l'établissement et de la réparation de la colostomie. Cependant, en cas d'anse de longueur insuffisante, elle peut être reportée sur le colon transverse : ainsi elle ne peut être la source de difficultés lors des manœuvres ultérieures d'abaissement ; cette façon d'agir évite en outre un autre risque, celui de voir rentrer progressivement le segment colique extériorisé et colostomisé, ce qui pourrait entraîner des ennuis post-opératoires.

Les avantages de cette dérivation large et complète sont trop classiques pour que nous insistions à leur sujet. Avant l'intervention, elle améliore l'état général en supprimant les accidents de stercorémie, en faisant cesser les douleurs et les hémorragies ; de plus, elle agit très favorablement sur l'élément inflammatoire en mettant la tumeur ulcérée au repos et en permettant de grands lavages quotidiens du segment exclu. Après l'intervention, elle soulage les sutures et réduit considérablement le risque de désunion ou de fistule post-opératoire. Ajoutons qu'elle permet une alimentation plus rapide et plus complète de l'opéré,

ce qui évite la pénible période prolongée de constipation post-opératoire.

4°. — *Enfin, il est indispensable d'appliquer un certain nombre de mesures destinées à lutter contre les accidents septiques post-opératoires.*

En premier lieu, il est essentiel de se protéger au maximum lors des temps septiques de l'intervention, c'est-à-dire au moment de la section inférieure au cours de laquelle il n'est pas rare de voir soudre, même du rectum le mieux préparé, quelques gouttes de sanie cancéreuse.

Il faut encore barrer au pus éventuel le chemin du péritoine, en établissant une péritonisation aussi impeccable que celle qui termine, dit SCHWARTZ, une hystérectomie bien réglée; et, non content de cela, il est prudent de drainer la cavité péritonéale ainsi protégée et les espaces cellulux pré-sacrés.

Il faut en effet organiser un drainage sans parcimonie et proportionné au danger qu'il est destiné à combattre. C'est ainsi que, dans certains cas de cancers sigmoïdiens bas, lorsque l'on a réséqué, sans aucune faute contre l'asepsie, lorsque la section inférieure a porté sur un intestin encore recouvert de péritoine, et que de ce fait des espaces cellulux sous-péritonéaux, n'ont été ni décollés ni souillés, on peut se

contenter d'un drainage abdominal. Mais le plus souvent, surtout quand on s'est attaqué à une tumeur ampullaire, et qui, pour réaliser la section du rectum avec une marge nette de sécurité, on a été obligé de décoller tout autour du segment recto-anal, pour ne conserver parfois que le canal, alors la prudence commande impérieusement, surtout si une souillure est intervenue, d'ajouter au drainage abdominal un drainage de la cavité présacrée par une incision périnéale postérieure rétro-anale. Il constitue une soupape de sûreté très importante contre les risques d'infection du tissu cellulaire sous péritonéal.

TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique de l'opération de MUMMERY telle qu'elle est réalisée dans le service du Docteur BERGERET à l'hôpital Necker comporte trois temps :

1°. — Une colostomie iliaque gauche;

2°. — La recto-sigmoïdectomie avec invagination, quinze jours environ après la colostomie;

3°. — Ultérieurement, la fermeture de l'anüs.

Nous les décrirons successivement.

LA COLOSTOMIE ILIAQUE GAUCHE

Elle n'a rien que de très banal. Elle est faite sous anesthésie locale ou générale au protoxyde d'azote. L'incision iliaque gauche est celle de Mac BURNLEY, mais un peu plus haute. Après incision de l'aponévrose et dissociation du plan musculaire, le péritoine est ouvert, une légère déclivité vers la droite permet plus facilement de piéger le colon reconnaissable à ses deux bandelettes et à ses appendices épiploïques. Une baguette de verre en forme de T est passée dans le méso au ras de l'intestin de dedans en dehors. La portion colique extériorisée doit être aussi proche que possible du colon descendant. On fait une suture rapide du péritoine pariétal au colon en utilisant surtout ses appendices graisseux; on jette quelques points sur l'aponévrose, la peau est fermée au crin; la baguette est maintenue par un crin fixé à la peau et à l'intersection de ses trois branches. L'anus est ouvert au bout de quarante-huit heures au thermocautère par hémisection transversale.

LA RECTO-SIGMOIDECTOMIE ET L'INVAGINATION

PRÉPARATION.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, une étude minutieuse a été faite au point de vue médical : en particulier on a noté sa pression artérielle, on a fait une numération globulaire et une formule leucocytaire, on a étudié les temps de saignement et de coagulation, on a recherché le sucre et l'albumine dans les urines, a fait un dosage d'urée.

Durant les quinze jours qui précèdent le deuxième temps, on fait subir au futur opéré un traitement médical destiné à corriger ses tares organiques.

De plus, on administre deux fois par jour, un grand lavage de six litres d'eau bouillie, tantôt par l'anus, tantôt par la colostomie afin de vider et de désinfecter le segment colo-rectal exclu. Pendant les vingt-quatre heures qui précèdent il est laissé à la diète hydrique (eau sucrée, bouillon de légumes) ; le matin de l'intervention, on fait un ultime lavage en ayant soin d'assurer une évacuation complète et absolue du liquide injecté ; il sera en outre bon, sitôt le malade anesthésié, de faire un assèchement du rectum à la compresse montée.

ANESTHÉSIE.

Le matin de l'intervention, le malade reçoit deux centigrammes de morphine, le premier, une heure et demie et le deuxième, une demi-heure avant d'être amené à la salle d'opérations.

Sauf contre-indications rares, c'est la rachi-percaïnisation que nous utilisons; nous obtenons, par l'injection de trois à cinq milligrammes de percaïne à cinq pour mille une anesthésie de durée suffisante, un silence abdominal et un relâchement musculaire excellents.

Nous lui associons cependant des doses faibles de protoxyde d'azote.

TEMPS OPÉRATOIRES PRÉLIMINAIRES.

Le malade est incliné en position de Trendelenbourg à 30°, avec déclivité légère vers la gauche. C'est de ce côté que se place l'opérateur.

L'incision est médiane. Elle part du pubis et doit être prolongée de quelques centimètres au-dessus de l'ombilic chez les sujets à espace pubo-ombilical court, car au moment de la ligature mésentérique, on travaille très au-dessus du promontoire; on borde en plaçant à cheval sur chaque tranche pariétale un petit champ péritonéal; après mise en place de la valve

sus-pubienne, on refoule grêle et cœcum avec de petits champs.

On fait une rapide exploration : on vérifie l'absence de métastases ; on étudie le siège et la mobilité de la tumeur, la longueur et la mobilité du méso et de l'anse sigmoïdes. Très souvent il arrive que, pour rendre au sigmoïde sa mobilité primitive, on soit obligé de sectionner une membrane fibreuse avasculaire qui attire le feuillet gauche du méso sigmoïde vers la région des vaisseaux iliaques gauches. Quelquefois aussi, des brides fibreuses de méso-sigmoïdite froncent le méso : il suffit de les sectionner pour lui rendre son ampleur.

TEMPS OPÉRATOIRES ESSENTIELS.

Ils comportent :

1° La résection recto-sigmoïdienne ;

2° L'invagination colo-rectale ;

3° La péritonisation et le drainage.

I. - La résection recto-sigmoïdienne

(Pl. I, II, III et IV.)

1° *Le premier geste est la ligature du paquet mésentérique inférieur (Planche 1).*

Un des aides découvre l'origine de l'artère mésent-

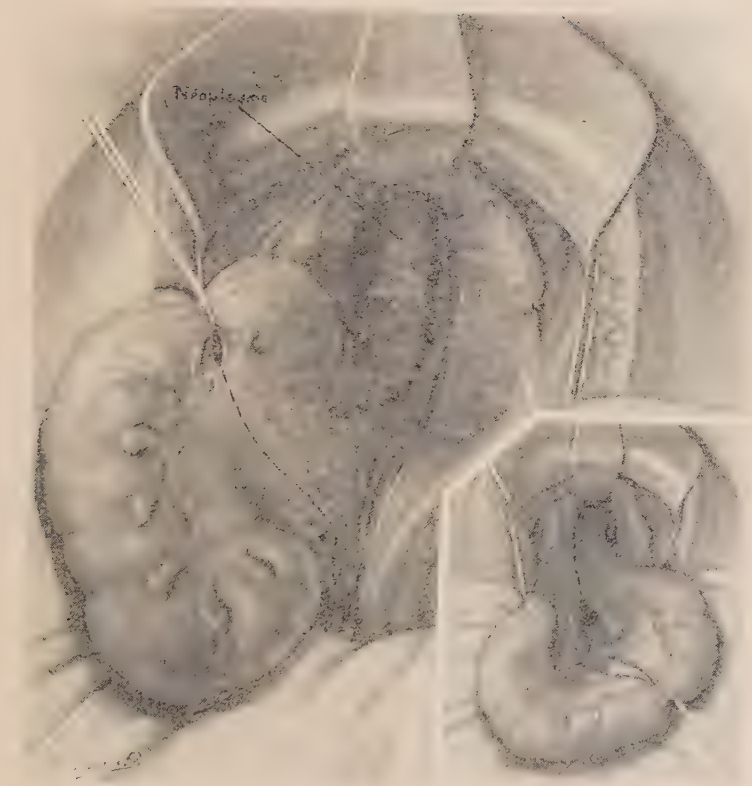
térique avec le bec d'une valve vaginale longue placée dans l'angle supérieur de l'incision, tandis que l'autre aide soulève l'anse sigmoïde pour tendre le méso. L'opérateur repère le paquet vasculaire entre le pouce et l'index, à l'endroit où l'artère entre dans le pied du méso à l'union de sa racine horizontale et de sa racine verticale. On fait alors la ligature que l'on place toujours très haut, au-dessus de l'origine de la sigmoïdienne supérieure. Lorsque le méso est dépourvu de graisse, on place la ligature directement à l'aiguille de Deschamps. Lorsqu'au contraire il est infiltré de graisse, il faut, après avoir fait une petite brèche dans la séreuse péritonéale et dénudé les vaisseaux de leur gaine séro-graisseuse, les sectionner entre en haut une pince de Jean-Louis Faure en haut que l'on remplace par une ligature au catgut n° 2, et en bas une pince de Kocher que l'on conserve dans un but de traction. Parfois, la veine qui s'est déjà un peu écartée vers la gauche, doit être liée séparément.

2° *On sectionne ensuite le mésocolon sigmoïde selon sa hauteur (Pl. II).*

Partant de cette ligature, on coupe le méso-sigmoïde jusqu'au point où portera la section colique supérieure, en cheminant à égale distance des deux branches sigmoïdiennes supérieure et moyenne ; chemin faisant, on sectionne entre deux pinces et on lie



Ligature du paquet mésentérique inférieur. La croix indique le lien de ligature de la sigmoïdienne supérieure.



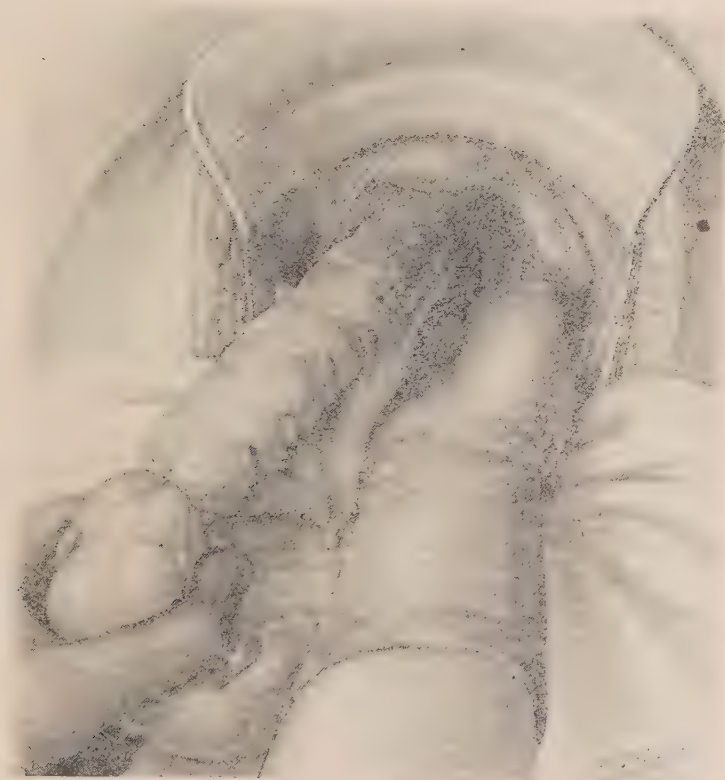
Section radiaire du mésosigmoïde entre les artères sigmoïdiennes supérieure et moyenne. Ligature du colon. Incision successive des feuillets droit et gauche du méso sigmoïde et du méso rectum.

les vaisseaux que l'on rencontre : la première ligature est pour la sigmoïdienne supérieure, la dernière pour l'arcade bordante ; dans ces ligatures, il faut se garder de prendre de gros pédicules qui pourraient froncer le méso et gêner la descente ultérieure du sigmoïde. Finalement, on lie le colon avec une grosse soie doit on conserve les deux chefs.

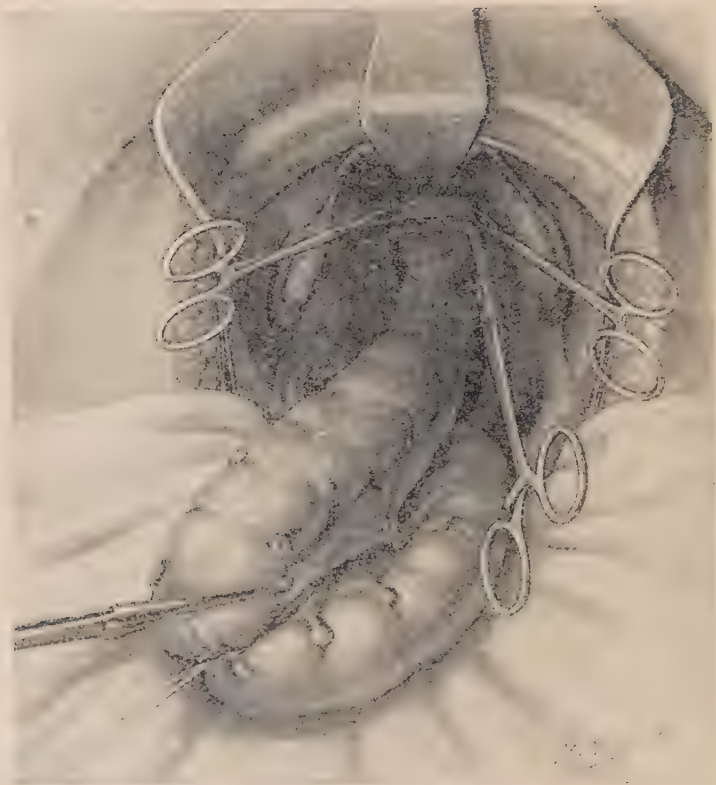
3° *Il faut, le méso sectionné, rompre les amarres postérieures du sigmoïde et du rectum (Planches II et III).*

Pour ce, il faut inciser les deux feuillets droit et gauche de la racine verticale du méso à son pied, puis décoller à partir de la ligature mésentérique l'espace clivable rétro-artériel puis rétro-rectal.

La section des deux feuillets péritonéaux du méso s'effectue ainsi : tandis que l'aide expose la face droite étalée, et tendue du méso, l'opérateur incise le feuillet droit un centimètre environ avant sa réflexion sur la paroi postérieure, puis le long du bord postérieur du flanc droit du rectum, ensuite, après renversement de l'anse vers la droite, il incise de même du côté gauche ; enfin, il réunit en bas ces deux incisions au niveau du cul-de-sac de Douglas. Ces sections ne doivent comprendre que le feuillet séreux et ménager le tissu cellulo-graisseux et porte-vaisseaux sous-jacent ; à faire autrement, on risquerait de provoquer des hé-



Après que le clivage recto artériel a été effectué, on poursuit à la main le décollement de l'espace rétro-rectal présacré jusqu'au coccyx.



Préparation des sections colique et rectale. Les clamps qui garnissent le fond du pelvis n'ont pas été figurés.

morragies qui gêneraient la manœuvre. Aussi, ne faut-il inciser la séreuse qu'après l'avoir décollée pas à pas, du bout des ciseaux fermés. Au cours de cette coupe séreuse, il faut éviter de faire un sacrifice superflu du péritoine en se tenant à un bon centimètre du pied du méso, puis presque au contact du rectum : ainsi facilite-t-on le temps ultérieur de la péritonisation ; ainsi évite-t-on de léser les uretères surtout le gauche.

Le décollement postérieur se fait pratiquement en deux temps ; il est normalement tout à fait exsangue. Le décollement en arrière de l'artère mésentérique se fait du bout des ciseaux ou à la compresse montée en s'aidant d'une traction sur son bout inférieur. A partir du promontoire, c'est le décollement rétro-rectal. Il s'effectue de la main droite qui, introduite en supination dans la concavité sacrée, repousse en avant et en haut, avec le rectum tout le tissu cellulo-graisseux. Si quelque tractus fibreux, en général chargé de filets sympathiques résiste, il ne faut pas l'arracher mais le couper net aux ciseaux. Il faut pousser ce décollement très bas jusqu'à la face supérieure des muscles releveurs de l'anus. Le rectum remonte ainsi de façon extraordinaire.

4° *C'est ensuite la libération antérieure et latérale du rectum.*

La libération postérieure rend très facile les libérations antérieure et latérale. L'ascension qui en résulte permet de compléter la section péritonéale au fond du Douglas et de décoller la face antérieure du rectum du vagin ou des vésicules séminales et de la prostate. Elle permet de voir et de sentir nettement les hémorroïdales moyennes dans le tissu cellulo-graisseux latéral et de couper cet aileron latéral à bonne distance du rectum. Cette libération latérale doit être elle aussi poussée jusqu'à la face supérieure des muscles releveurs de l'anus.

5° *C'est ensuite le temps septique de la résection (Planche IV).*

On commence par la section rectale. La partie basse de l'ampoule rectale est prise dans un clamp coudé en L, solide et bien serré, ou, pour plus de sûreté dans deux clamps en L, placés, l'un à droite, l'autre à gauche et qui se chevauchent. En tirant légèrement sur ces clamps, on met en tension le tissu cellulo-graisseux, chargé de petits vaisseaux qui peut rester de chaque côté de la partie basse de l'ampoule. On le prend dans des pinces de J.-L. Faure et après

l'avoir coupé, on procède à sa ligature.

On garnit avec le plus grand soin la concavité sacrée et les parties latérales de l'excavation. L'utérus et le vagin ou le bloc vésico-prostatique sont refoulés en avant et en haut par une valve longue et étroite. La paroi antérieure du rectum est alors ouverte avec prudence au-dessous des clamps et la lèvre inférieure de cette ouverture est saisie avec une pince de Chaput longue. La cavité rectale est alors minutieusement nettoyée à l'aide de compresses imbibées d'éther montées sur une pince porte-laminaire. On place alors de chaque côté, à un centimètre de la tranche de section, une pince de Chaput qui permettront de soutenir le cylindre récepteur lors de l'invagination. La section rectale est alors complétée.

On termine par la section colique : on l'effectue entre une pince de Kocher et la ligature à la soie préalablement posée, et on iode le moignon colique.

Ce temps septique est suivi d'un changement de gants.

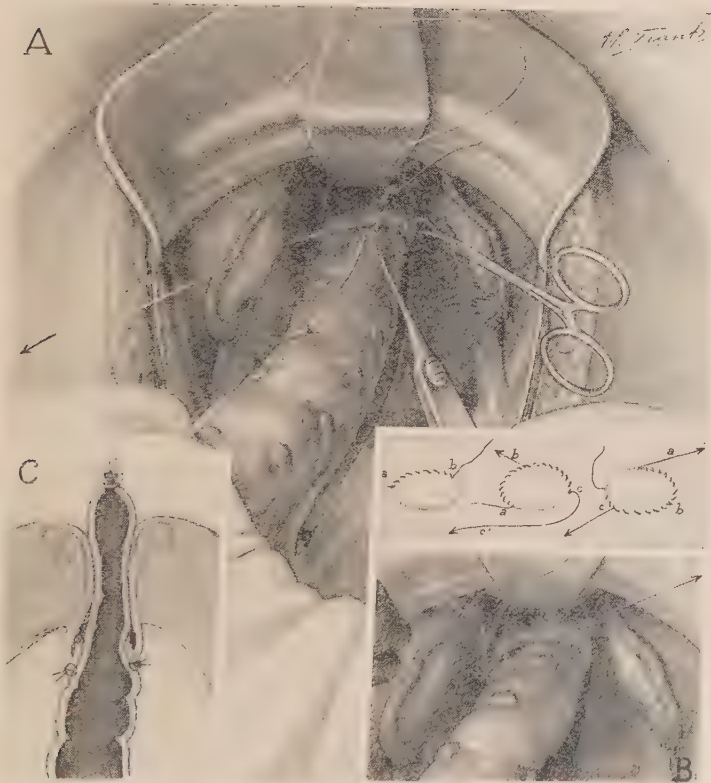
II. - L'invagination colo-rectale

(Pl. V et VI.)

Le malade est alors remis à plat et ses cuisses écartées ; un aide, après avoir nettoyé l'anus à l'éther, le dilate et y introduit une pince de Jean-Louis Faure



L'invagination colo rectale



Le surjet colo rectal.

La figure A représente le surjet sur la face antérieure.

La figure B montre la manœuvre du retournement qui permet de l'effectuer en arrière.

La figure C met en évidence le caractère invaginant de ce surjet.

qui apparaît à l'opérateur dans la cavité rectale. Cette pince reçoit les chefs de ligature du colon et les attire progressivement. Il faut guider le colon pendant sa descente afin qu'il ne subisse pas un mouvement de torsion susceptible de gêner sa vascularisation. Tandis que, avec les pinces de Chaput placées au préalable, on soutient le segment ano-rectal, le colon est amené hors de l'anus jusqu'à ce qu'il le dépasse, si possible, de trois ou quatre centimètres. Il sera fixé en fin d'opération à la peau du périnée (Planche V).

Il reste à faire la suture de sécurité colo-rectale : elle s'effectue au catgut chromé 00, on se sert d'une aiguille de Reverdin courbe et fine, mais à long manche ; il s'agit d'un surjet qui invagine la tranche rectale. Il faut, avec la longue valve vaginale, continuer à bien récliner en avant l'utérus chez la femme et la vessie chez l'homme, qui dans leur chute gêneraient la suture. On commence ce surjet à l'angle gauche, puis il prend la face antérieure (Planche VI, fig. A) et atteint l'angle droit ; par la manœuvre du retournement que la figure B de la planche VI explique clairement la face postérieure peut, à son tour, plus ou moins aisément, être suturée.

Après cette suture, on tasse dans le décollement pré-sacrococcygien, une mèche de Mickulicz qui sera extériorisée en partie par le périnée si on fait un

drainage périnéal ; qui sera, dans le cas contraire, amenée à la peau sus-pubienne par un orifice ménagé par la péritonisation contre la face droite du colon abaissé. On effectue alors un second changement de gants.

III. - La péritonisation et le drainage

(Pl. VII et VIII.)

La *péritonisation* est un temps essentiel et qui réclame de grandes minuties. Il s'effectue également avec un surjet de catgut chromé 00 et une aiguille de Reverdin courbe, fine et à long manche. Il commence au niveau de la ligature mésentérique dont le moignon est enfoui ; on descend ensuite vers le bassin en suturant la lèvre droite du lit mésentérique et le bord inférieur de ce qui reste du méso-sigmoïde. Arrivé au promontoire, il circonscrit le colon qu'il unit latéralement aux lèvres libératrices du méso et en avant au péritoine vésical chez l'homme, au péritoine utérin et des ligaments larges chez la femme. Ce surjet intéresse le colon nettement au-dessus de la suture colo-rectale.

Quant au *drainage*, nous avons déjà précisé les principes qui régissent ses modalités.

En cas de drainage mixte, abdomino-périnéal, la péritonisation doit réaliser un cloisonnement pelvien complet. On tasse à son contact, mollement, dans le



La péritonisation et le drainage par voie sus-pubienne.



Fig. 1



Fig. 2

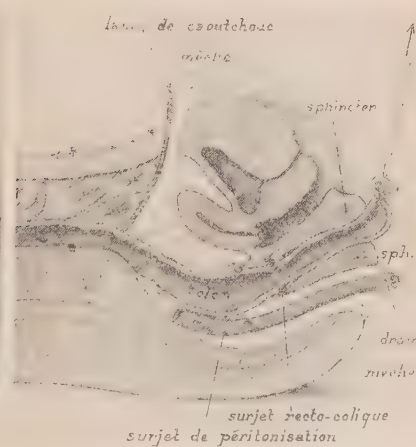


Fig. 3

Les figures 1 et 2 représentent le drainage périnéal et la fixation du moignon colique au périnée.

La figure 3 montre la disposition du drainage lorsqu'il est mixte.

ventre, une mèche de Mickulicz qui sort à la partie inférieure de l'incision sus-pubienne. On introduit ensuite une lame de caoutchouc ondulé à son contact qui draine, protège les anses grêles contre les contacts générateurs d'adhérences, et facilite grandement l'ablation ultérieure des mèches. Puis, on abaisse à son contact le grand épiploon. Enfin, on effectue après la fermeture de la paroi, une brèche périnéale, verticale, rétro-anale. On décolle jusqu'à ce que l'on arrive sur la mèche abandonnée sous le péritoine dans l'espace pré-sacré ; elle est alors en partie extériorisée et on lui ajoute un drain n° 45 que l'on fixe à la peau.

En cas de drainage uniquement abdominal, la péritonisation ménage un orifice par lequel la mèche sous-péritonéale est amenée avec la mèche intra-péritonéale au-dessous de la lame de caoutchouc ondulée jusqu'à la peau sus-pubienne.

LA FERMETURE ET LE PANSEMENT

Nous avons coutume de fermer en trois plans : surjet péritonéal au catgut 0, surjet aponévrotique au catgut 2, agraffes sur la peau auxquels nous ajoutons trois points de grosse soie n° 6 qui prennent tous les plans sauf le péritoine.

On applique ensuite un pansement abdominal et

un pansement périnéal qui sont maintenus par une sangle abdominale et des sous-cuisses.

LES SOINS POST-OPERATOIRES

Ces soins sont d'une grande importance.

Pour ce qui est de l'alimentation : les deux premiers jours, nous laissons nos malades à la diète hydrique, constituée le premier jour par un litre d'eau et de tilleul sucrés, le deuxième jour, par deux litres de bouillon et de jus de fruits ; le troisième jour, on commence l'alimentation végétarienne et le cinquième, les viandes grillées.

De plus, on fait bénéficier ces malades d'injections de sérum physiologique, de sérum glucosé intra-veineux et, en cas de parésie intestinale, de sérum chloruré hypertonique intra-veineux. Nous y ajoutons une cure toni-cardiaque commencée avant l'intervention et les antiseptiques pulmonaires habituels.

Pour ce qui est du pansement, nous changeons les compresses superficielles le troisième jour, et, à partir de là, nous détassons progressivement les mèches qui ont enlevées vers le dixième jour. Les lames de caoutchouc et le drain peuvent être enlevés en général vers le quinzième jour.

LA FERMETURE DE LA COLOSTOMIE

Il ne faut fermer la colostomie què longtemps après la cicatrisation complète de la plaie, quand les matières repassent en partie par les voies naturelles et que l'on n'a plus à redouter, ni fistule, ni rétrécissement au niveau de l'invagination.

Soins pré-opératoires.

Comme pour le deuxième temps, nous laissons nos malades à une alimentation très réduite pendant deux jours et à la diète hydrique le derniers jour ; et nous leur faisons faire des va et vient dans le bout inférieur.

Anesthésie.

Le malade reçoit deux centigrammes de morphine et est endormi au protoxyde d'azote par un anesthésiste spécialisé.

Technique.

Nous faisons, dans la règle une fermeture intrapéritonéale qui permet des sutures beaucoup plus satisfaisantes, sans faire, à notre avis, courir au malade de risques sérieux. Après avoir réséqué tout le tissu cicatriciel, nous ouvrons franchement le péritoine. On se protège soigneusement et l'on abrase, le cas

échéant, les parties exubérantes de la muqueuse intestinale. Nous fermons en trois plans, soit à la Reverdin, soit à l'aiguille enfilée avec du catgut 00 chromé.

Nous laissons un court drain dans la cavité péritonéale et nous nous contentons de fermer aux points séparés le plan musculo-péritonéal en laissant la peau ouverte.

Si la suture ne nous paraît pas tout à fait satisfaisante, nous la laissons habituellement entre péritoine et muscle en fixant le colon au péritoine par quelques points.

Suites opératoires.

Les suites sont habituellement très simples. Nous laissons le malade trois jours à l'eau sucrée à la dose quotidienne de $3/4$ de litre, en le soutenant, le cas échéant par du sérum et par les toniques courants. Nous reprenons ensuite progressivement l'alimentation et nous donnons en même temps de grosses doses d'huile de paraffine jusqu'à ce que l'on obtienne une selle normale. C'est alors seulement que l'on retire le drain. Les fistules sont très rares et se ferment presque toujours spontanément.

COMPLICATIONS ET RESULTATS

Il convient de les envisager au triple point de vue des suites opératoires immédiates, des résultats fonctionnels de la conservation ano-sphinctérienne, et enfin des résultats définitifs.

Les suites opératoires de l'opération de Mummery n'ont pas encore acquis la simplicité de celles que présente aujourd'hui l'amputation abdomino-périnéale non conservatrice, grâce à la fragmentation de ses temps et à la largeur de son drainage, qui ont supprimé presque totalement le choc et la cellulite post-opératoires qui emportaient il y a quelques années tant de malades. Sur les onze malades qui avaient été opérés par le procédé de Mummery à la date du 8 juin 1940, deux ont succombé au cours des suites opératoires immédiates.

La première (observation n° 6) était une femme obèse, entrée en maison de santé, en état de subocclusion fébrile ; la fièvre, qui dépassait 38° le soir, avait persisté après la colostomie. A l'intervention, on découvrit que la tumeur était adhérente et que le rectum

exclu, dont la préparation avait dû être insuffisante, contenait encore des matières. Malgré un nettoyage minutieux de la cavité rectale à l'éther, il se produisit des *accidents infectieux*. Le quatrième jour, la fièvre s'alluma avec altération de l'état général. Le septième jour, une phlébite apparut au membre inférieur gauche, et la malade succomba au cours de la douzième journée au milieu de phénomènes septicémiques.

La seconde (observation n° 10) était une femme de 71 ans, fatiguée et considérablement amaigrie. Elle ne fit pas les frais de l'intervention et mourut dans le courant de la cinquième journée en état de défaillance cardiaque sans qu'il ait été possible de redresser son état de choc.

Ainsi, cellulite pelvienne et choc ont entraîné une mortalité post-opératoire immédiate de dix-huit pour cent, si tant est que, pour cete première série de onze cas, on puisse déjà tenter une statistique. En tout cas, il y a lieu de noter que, contrairement aux conclusions que nous avons formulées, les indications du procédé y ont été, la question du siège de la tumeur mise à part, aussi larges que pour l'abdomino-périnéale. En effet, encouragés par une première série de cinq cas sans mortalité, dont un avec résection d'une collerette vésicale, nous avons été entraînés à appliquer le procédé sans tenir un compte absolu du degré

de la mobilité tumorale et de l'état général du sujet. Nous pensons donc que la mortalité post-opératoire immédiate peut être, par un choix plus strict des opérés, considérablement abaissée.

Parmi les autres complications que nous avons observées, il faut placer au premier plan la *fistule stercorale sus-pubienne* : elle est survenue dans l'observation n° 1 ; elle a duré plus d'un mois mais s'est spontanément tarie ; la résection n'avait été ni précédée, ni même accompagnée d'une colostomie de dérivation. Dans l'observation n° 11, une petite fuite stercorale s'est également produite mais elle a été minime et sans lendemain.

Nous avons également noté une *phlébite* du membre inférieur gauche, qui a guéri sans embolie ni séquelles (observation n° 9).

Enfin, chez la malade de l'observation n° 7, nous avons assisté, alors que la cicatrisation s'était effectuée normalement, à l'établissement et à l'accentuation d'une *cachexie* dans laquelle la malade s'est éteinte sept semaines environ après l'intubation.

Quant aux résultats fonctionnels, ils sont excellents. Rien de surprenant à cela à la suite d'une opération qui respecte le plancher pelvien et conserve à l'appareil ano-sphinctérien, sans aucun délabrement, sa muqueuse, son sphincter et ses releveurs avec leur

innervation. La continence de l'anüs est tout à fait normale aussi bien pour les gaz que pour les selles liquides. La sensibilité ano-rectale est conservée, les sujets opérés ressentent le besoin d'aller à la selle et peuvent y résister aussi longtemps qu'un sujet normal. Quand on examine ces opérés on note, durant les premiers mois qui suivent l'intervention, que le bout invaginé présente une nette tendance à la sclérose et qu'il donne, au toucher rectal, par sa consistance et sa forme, l'impression d'un col utérin ; finalement, la zone de jonction échappe aux explorations digitales et ne se traduit plus qu'à la rectoscopie sous la forme d'une ligne circulaire blanchâtre d'allure légèrement cicatricielle. Le rétrécissement est considéré comme très rare ; il suffirait de faire des dilatations précoces pour recalibrer le rectum.

Quant aux résultats définitifs, nous ne saurions trop en préjuger, faute d'un recul suffisant. Notons cependant que le premier cas remonte à dix ans, le second à deux ans, les trois suivants à un an, et que ces opérés sont bien portants et ne présentent actuellement aucune trace de récïdive. Nous pensons que ces résultats doivent bien valoir ceux des autres procédés puisque la résection est large, qu'elle entraîne avec le rectum la gaine rectale et surtout, fait primordial dans la chirurgie de cet organe, qu'elle emporte avec lui tout son pédicule vasculo-lymphatique supérieur.

OBSERVATIONS

Ces observations concernent uniquement des malades opérés soit en ville, soit à l'hôpital par le Docteur A. BERGERET.

OBSERVATION N° 1

Mme V... Marie, femme de chambre, âgée de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur HARTMANN, le 19 février 1930 pour des hémorragies de l'anus.

Histoire de la maladie : C'est vers le mois de mars 1929 que la malade a ressenti les premiers troubles qui furent de petites rectorragies et de l'asthénie. Elle a alors été soignée pour de l'insuffisance hépatique. A l'heure actuelle, elle présente des faux besoins qui la conduisent à la selle 15 à 20 fois par 24 heures, elle est très constipée, elle a de fréquentes hémorragies au moment des selles, et parfois des pertes glaireuses ; en outre elle est fatiguée et a maigri de trois kilos depuis six mois.

A l'examen : on ne trouve rien au palper abdominal, mais le toucher rectal perçoit, au bout du doigt, une tumeur dure, irrégulière, saillante, prédominant sur la face antérieure gauche de la partie supérieure de l'ampoule rectale. Bon état général dans l'ensemble, urée sanguine 0,20.

Intervention : la malade est opérée le premier mars 1930 sous anesthésie rachidienne au moyen de 10 centigrammes de novocaïne. Incision médiane sous-ombilicale. Hystérectomie subtotala avec annexectomie bilatérale. Résection de la plus grande partie de l'ampoule rectale, d'une partie du colon iléo-pelvien avec toute l'aire ganglionnaire intéressée. Invagination de ce qui reste de sigmoïde dans le rectum périnéal. Fermeture sur trois mèches et un drain.

Suites opératoires : Elles sont compliquées : accidents pulmonaires graves au septième jour, établissement d'une fistule pyostercorale sus-pubienne vers le quinzième jour qui se ferme spontanément. La malade sort de l'hôpital le 10 mai 1930. Le toucher rectal pratiqué à plusieurs reprises donne pendant deux ans l'impression d'un col utérin qui peu à peu s'efface. Revue en 1939, cette malade allait très bien et son anus a un fonctionnement normal.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique typique.

OBSERVATION N° 2

Mme W..., 55 ans, entre en maison de santé le 27 octobre 1938, pour des troubles recto-urinaires.

Histoire de la maladie : Depuis quelques mois, constipation serrée entrecoupée de débâcles diarrhéiques, et depuis quelques semaines symptômes de communication colo-vésicale.

A l'examen : Le toucher rectal seul reste négatif mais associé au palper de la fosse iliaque gauche, il permet de

sentir une tumeur indolore et relativement mobile.

Intervention : 1° le 29 octobre 1938, colostomie iliaque gauche.

2° Le 19 novembre, laparotomie sous-ombilicale qui vérifie l'existence d'un cancer volumineux sur la sigmoïde et fistulisé dans la vessie. On fait une résection segmentaire du colon emportant une collerette de la face postérieure de la vessie suivie de la fermeture vésicale et d'une invagination colo-rectale. On laisse un large drainage abdominal composé de trois drains et de quatre mèches, une sonde de Petzer est laissée dans la vessie.

3° Le 16 janvier 1939, fermeture de la colostomie.

Suites opératoires : 1° Du deuxième temps : elles sont bénignes, la température subit une poussée au-dessus de 38°, mais redevient normale à partir du quatrième jour ; la malade est déconstipée le cinquième jour ; le drainage est progressivement diminué à partir du neuvième jour et supprimé le dix-septième.

2° Du troisième temps : elles sont normales, la mèche est enlevée le cinquième jour, le drain est supprimé le neuvième ; les selles sont normales et la défécation physiologique.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique et typique.

OBSERVATION N° III

M. B..., boulanger, 61 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Docteur BERGERET, le 21 octobre 1939, adressé par M. le Docteur CAIN.

Histoire de la maladie : Cet homme présente depuis trois mois des émissions de sang par l'anūs ; de plus, il souffre de coliques soulagées par l'émission de gaz et en outre, depuis quatre ou cinq jours, il se plaint d'un ténésme rectal intense.

A l'examen : On constate : 1° des hémorroïdes externes et internes très congestionnées ; 2° mais aussi, haut située, à dix centimètres de l'anūs, une masse mollassē, saignant abondamment, insérée sur la paroi gauche du rectum qui fait porter le diagnostic de cancer. Etat général excellent, sauf quelques râles de bronchite aux bases pulmonaires. Dans les urines, ni sucre, ni albumine ; dans le sang, l'urée est de 0,40 et il n'y a ni anémie (4.580.000 hématies) ni infection (4.200 leucocytes). La tension artérielle est à 12,5/8.

Interventions : 1° Le 25 octobre, colostomie iliaque gauche. 2° Le 15 novembre, sous-anesthésie rachidienne à la percaïne (3 mmg.) et au protoxyde d'azote ; incision médiane sous-ombilicale ; on tombe sur un cancer recto-sigmoïdien : un résection segmentaire emporte la partie haute du rectum et toute la partie inférieure du colon sigmoïde. Intubation colo-rectale. Péritonisation enfouissant l'intubation. Incision périnéale postérieure permettant de drainer la cavité pré-sacrée.

3° Le 26 février 1940, sous anesthésie locale, fermeture d'anūs par suture en trois plans de la demi-circonférence antérieure. Réintégration dans la cavité abdominale qui est fermée sous le couvert d'un drain.

Suites opératoires : 1° du premier temps : la colostomie fonctionne normalement et supprime les hémorra-

gies et les douleurs ; un clocher fébrile à 39° qui ne dure que quelques jours vient traduire une réaction pulmonaire.

2° du deuxième temps : les suites sont normales, la température ne dépasse pas 38° 5, elle est à 37° le cinquième jour. La mèche périnéale est enlevée le huitième jour et le malade sort de l'hôpital avec son anus deux mois après l'intervention, son état général est excellent ; il ne se plaint que d'une légère sensibilité de la cicatrice périnéale.

3° du troisième temps : suites normales, fonctionnement physiologique de l'appareil sphinctérien.

Examen histologique : (Docteur MILLOT) Epithélioma cylindrique typique avec abondante sécrétion colloïde et assez forte réaction inflammatoire.

OBSERVATION N° 4

Mme L..., 66 ans, entre en maison de santé le 9 novembre 1939.

Histoire de la maladie : Cette femme présente une histoire remontant à quelques mois de constipation avec crises douloureuses de subobstruction.

A l'examen : On trouve les signes d'un cancer du colon pelvien qu'un lavement baryté localise à la partie terminale de l'anse. A cet endroit, douloureux au palper, existe un rétrécissement long de deux à trois centimètres qui ne se laisse pas dilater et au-dessus duquel se produisent des spasmes non persistants. Les clichés montrent nettement une image lacunaire importante sur

la fin de l'anse dont la longueur laisse prévoir la possibilité d'une intubation. L'état général est bon ; ni sucre, ni albumine dans les urines.

Intervention : 1° 10 novembre 1939 : colostomie iliaque gauche. 2° 21 novembre 1939 : colectomie segmentaire et intubation colo-rectale ; 3° 23 novembre 1940 : fermeture d'an^s suivie d'un drainage mixte abdomino-périnéal.

Suites opératoires : Très simples, sans incident. Lever le vingt-huitième jour après le deuxième temps.

Examen histologique : La section longitudinale du colon montre une tumeur bourgeonnante qui rétrécit la lumière de l'intestin, ulcère la muqueuse et infiltre la paroi qui est très épaissie et dont l'aspect est lardacé. Sur les coupes, on reconnaît la structure histologique du colon, mais la muqueuse au niveau de la tumeur est envahie par un processus cellulaire atypique qui détruit la muscularis mucosae et infiltre la couche musculaire. Ce processus est composé de cellules cylindriques dont le protoplasme est basophile et le noyau irrégulier, volumineux, hyperchromatique avec d'assez nombreuses mitoses. Ces cellules néoplasiques s'orientent en formant des acini glandulaires, riches en mucus, irréguliers, ramifiés, qui envahissent la partie profonde de la paroi intestinale et qui sont séparés les uns des autres par un tissu fibreux dense. Ce processus néoplasique a envahi la couche superficielle de la muqueuse qui est détruite et remplacée par une ulcération remplie de débris cellulaires, de polynucléaires et de globules rouges. Sous la partie superficielle de l'ulcération les vaisseaux

sont dilatés, congestionnés, et par endroits, on observe des hémorragies. Ces lésions imposent le diagnostic d'épithélioma cylindrique du colon.

OBSERVATION N° 5

M. B... Henri, âgé de 64 ans, entre en maison de santé le 6 novembre 1939, avec le diagnostic du cancer recto-colique.

Interventions : 1° le 8 novembre : colostomie iliaque gauche. 2° Le 25 novembre : laparotomie sous-ombilicale : elle montre un cancer de la jonction recto-sigmoïdienne : on effectue la résection recto-colique et l'intubation colo-rectale, suivies d'un drainage mixte abdomino-périnéal.

3° Le 14 février 1940 : fermeture de la colostomie.

Suites opératoires : 1° Du deuxième temps : simples, lever le dix-huitième jour.

2° du troisième temps : normales.

Examen histologique : La section longitudinale du colon décèle une tumeur ulcéreuse ayant trois à quatre centimètres de long sur trois centimètres de large, infiltrant la paroi qui est épaissie et déterminant des ulcérations de la muqueuse. Sur les coupes, on reconnaît facilement la structure du colon dont les glandes sont remplies de mucus. Au niveau de la tumeur cette structure qui a disparu est remplacée par un tissu néoformé dont l'aspect est celui de formations pseudo-glandulaires qui ont envahi le chorion et pénétré dans la couche circulaire des fibres musculaires de la paroi intestinale.

Ces glandes ont une forme irrégulière ; leurs cavités dépourvues de mucus contiennent de la sérosité avec quelques polynucléaires. L'Épithélium qui limite ces glandes est formé par des cellules cylindriques dont le protoplasme est basophile et le noyau volumineux, irrégulier, riche en chromatine avec d'assez nombreuses mitoses. En certains endroits, la grande activité cellulaire détermine une prolifération de l'épithélium qui envahit la cavité des glandes anormales et constitue un boyau néoplasique. Un tissu fibreux dense entoure le processus pseudo-glandulaire qui est parsemé d'assez nombreux polynucléaires.

En résumé, les lésions décrites imposent le diagnostic d'épithélioma cylindrique du colon pelvien.

OBSERVATION N° 6

Mme M..., 51 ans, entre en maison de santé le 13 avril 1940. Il s'agit d'une femme obèse qui en envoyée pour une tumeur du rectum, ampullaire supérieure.

Interventions : 1° le 15 avril : colostomie iliaque gauche. 2° Le 30 avril, sous anesthésie rachidienne, avec anesthésie locale, opération de Mummery : médiane sous-ombilicale qui découvre un cancer ampullaire adhérent ; malgré cela, après libération, résection segmentaire avec intubation colo-rectale : le segment intestinal sous-jacent à la colostomie contient encore une grande quantité de matières. Drainage sus-pubien par une lame en caoutchouc.

Suites opératoires : 1° La colostomie fonctionne nor-

malement mais la malade demeure fébrile, aux environs de 38°.

2° Les suites opératoires de l'intubation sont relativement simples jusqu'au 6 mai. Puis, la fièvre s'allume, le teint s'altère, l'état général s'aggrave, une phlébite apparaît au membre inférieur gauche ; des phénomènes septicémiques emportent la malade le 11 mai.

Examen histologique : (Docteur Paulette GAUTHIER VILLARS) : le rectum, ouvert sur la ligne médiane antérieure, portait, à environ 6 cm. une zone rétrécie de trois centimètres de hauteur, au niveau de laquelle la surface était dépolie, rougeâtre, la paroi apparaissant nettement épaissie dans cette région. Les prélèvements faits montrent que la muqueuse y est ulcérée ; les bords de la coupe répondant à la sous-muqueuse. Les bords supérieurs et inférieurs de l'ulcération sont nets, la muqueuse rectale voisine ne présente pas de lésions adénomateuses.

Toute l'épaisseur de la tunique musculaire et, par places, le tissu adipeux sous-séreux sont envahis par des formations glanduliformes revêtues par des cellules épithéliales, sombres, différenciées, non sécrétantes. Leur topographie même permet d'affirmer la malignité des lésions et leur extension périphérique. Deux ganglions prélevés à la partie toute supérieure du pédicule vasculaire portent des lésions métastatiques massives, les éléments épithéliomateux y retrouvent leur potentiel sécrétant à un degré très élevé, d'où la formation de petits kystes remplis de mucus. Il s'agit en résumé d'un

épithélioma glandulaire typique du rectum étendu à toute l'épaisseur de la paroi avec métastase ganglionnaire massive.

OBSERVATION N° 7

Mme B. M..., 62 ans, entre en maison de santé au début de juin 1940, il s'agit d'une femme, diarrhéique de longue date, et qui a présenté, outre un amaigrissement notable, des pertes de sang par l'anus au moment des selles. L'examen radioscopique sous lavement baryté a montré un cancer du colon pelvien.

Intervention : Le 4 juin 1940, sous anesthésie rachidienne à la percaïne (3 mmg.) associée à une anesthésie générale au protoxyde d'azote, on effectue la résection et l'intubation colo-rectale en même temps qu'une colostomie iliaque gauche portant sur le colon transverse.

Le drainage est uniquement abdominal par une mèche et un drain drainant la cavité sacrée et une lame de caoutchouc ondulé.

Suites opératoires : Les suites opératoires ont été normales, et la malade est sortie de la maison de santé mais est décédée quelques semaines après dans la cachexie et le gâtisme.

OBSERVATION N° 8

M. G..., âgé de 39 ans, entre le 21 mai 1940 en maison de santé. Il accuse un passé pulmonaire lointain et guéri. Depuis 8 mois, il présente une pesanteur dans le bas ventre, une constipation profonde, alternant avec des crises de diarrhée, un arrêt intermittent des gaz. L'état

général est conservé, de même, l'appétit. L'examen révèle un cancer de la partie haute de l'ampoule rectale.

Interventions : 1° 21 mai 1940, colostomie iliaque gauche sous anesthésie au protoxyde d'azote.

2° 3 juin 1940, opération de Mummery, le drainage est mixte, abdominal par une mèche de gaze iodoformée et une lame de caoutchouc ondulé; périnéal par une mèche qui draine la concavité sacrée.

3° La fermeture d'anus doit avoir lieu prochainement.

Suites opératoires : Elles ont été excellentes et le malade est sorti en excellent état de la maison de santé.

OBSERVATION N° 9

Mme P..., 64 ans, entre le 14 avril à l'hôpital. Elle présente depuis une quinzaine de jours des phénomènes de subocclusion ; en outre, elle a eu, il y a six mois, une poussée de melœna et depuis s'est nettement amaigrie. Le ventre est un peu tendu, le toucher rectal révèle, à bout de doigt, sur la face antérieure du rectum le bord inférieur d'une masse dure, indolore, ulcérée et mobile. La tension artérielle est à 22-10. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines, la formule leucocytaire est normale.

Interventions : 1° le 15 avril : colostomie iliaque gauche. 2° Le 14 mai : résection, intubation avec drainage double abdomino-périnéal.

3° Le 20 septembre : fermeture d'anus.

Suites opératoires : Celles de l'intubation, normales

pendant 15 jours, ont ensuite été marquées par une phlébite d'un membre inférieur avec phénomènes infectieux marqués et grave altération de l'état général. Cette phlébite a évolué sans accidents emboliques et guéri sans séquelles.

La fermeture d'anus effectuée alors que déjà une partie des matières avait repris son cours normal a rendu à la malade sa défécation physiologique.

Examen histologique : Il a montré un epithelioma cylindrique typique envahissant toute l'épaisseur de la tunique.

OBSERVATION N° 10

Mme B..., âgée de 71 ans, entre à l'hôpital le 20 mai 1940. Elle présente un cancer ampullaire moyen du rectum avec diarrhée, hémorragies et amaigrissement de 16 kilos en quatre mois.

Interventions : Le 22 mai, colostomie iliaque gauche, le 5 juin résection, intubation suivie d'un drainage mixte abdomino-périnéal.

Suites opératoires : Elles ont été rapidement troublées. La malade a présenté un état de shock avec défaillance cardiaque à prédominance pulmonaire qui l'a emportée le quatrième jour.

OBSERVATION N° 11

Mme L..., âgée de 55 ans, entre en maison de santé le 15 mai 1940, elle est soignée depuis six mois pour entérocologie, elle a présenté des hémorragies, de la diar-

rhée, un net amaigrissement. L'examen permet de conclure à un néoplasme du rectum dont le bord inférieur est situé à 10 cm. de l'anús.

Interventions : 1° Le 17 mai 1940 : colostomie.

2° Le 8 juin 1940, intubation, résection suivie de drainage uniquement abdominal.

3° Le 8 octobre 1940, fermeture d'anús.

Suites opératoires : Une petite échappée de matières, sans lendemain a été notée, mais à part cela les suites opératoires ont été normales.

CONCLUSIONS

I. L'opération de P.-L. MUMMERY est dirigée contre les tumeurs de la partie basse du sigmoïde et de la partie haute du rectum.

II. — Elle consiste à faire une résection large du segment recto-sigmoïdien cancéreux et de son territoire lymphatique, suivie d'une invagination trans-anale du segment sigmoïdien sus-tumoral. Elle s'effectue par voie abdominale.

III. — La technique, telle que la réalise notre Maître, le Docteur A. BERGERET, obéit aux principes directeurs suivants :

1° Ligature systématique du paquet mésentérique inférieur au-dessus de l'origine du tronc artériel des sigmoïdes ;

2° Réalisation d'une invagination longue trans-anale ;

3° Précession obligatoire, même en l'absence d'occlusion, d'une colostomie de dérivation à l'union du colon gauche et du sigmoïde ou sur le transverse ;

4° Nécessité impérieuse d'une péritonisation parfaite, d'un drainage abdominal et souvent périnéal, drainant par en haut le péritoine et par en bas les espaces cellulaires pré-sacrés.

IV. — Elle est soumise à un certain nombre de conditions :

L'une est d'ordre général et considère la résistance du sujet qui doit être exempt de tare, ne pas présenter d'amaigrissement trop considérable, ni d'infection.

Les autres sont d'ordre anatomique et sont au nombre de trois :

1° L'anse sigmoïde doit être suffisamment longue tout au moins dans son segment sus-tumoral ;

2° Le cancer doit être mobile, libre d'adhérences ;

3° Le bord inférieur de la tumeur doit être au minimum de cinq centimètres du bord supérieur du sphincter anal.

V. — Cette opération comporte trois temps :

— Une colostomie iliaque gauche ;

— Quinze jours après, l'intervention principale qui comprend la recto-sigmoïdectomie et l'invagination colo-rectale ;

— Enfin, ultérieurement, la fermeture d'anus,

VI. — Cette opération qui conserve sans aucun délabrement l'appareil ano-sphinctérien avec sa muqueuse, son sphincter, les deux releveurs avec leur innervation donne des résultats fonctionnels excellents.

VII. — La mortalité a été, dans la série d'observations que nous avons présentée, plus importante qu'après l'amputation abdomino-périnéale en deux temps précédés d'une colostomie, telle qu'elle est pratiquée dans le service du Docteur BERGERET, et la perte immédiate de deux sur onze de nos opérés en témoigne. Mais nous sommes convaincus qu'elle peut être notablement abaissée par une sélection plus stricte des cas à opérer que nous ne l'avons faite et que nous ne le faisons habituellement pour l'amputation abdomino-périnéale.

VIII. — On ne saurait encore préjuger les résultats éloignés, faute d'un recul suffisant, mais ils doivent bien valoir ceux des autres procédés étant donné que la résection est large, qu'elle entraîne avec le rectum toute la gaine rectale et tout le pédicule mésentérique jusqu'à son origine.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
MONDOR

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CARCOPINO

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Rapport au Congrès Français de Chirurgie, séance du 6 octobre 1922.
- BALFOUR. — A methode of anastomosis between sigmoïd and rectum. *Annals of surgery*, février 1910, p. 239.
- BARKER. — Ablation des tumeurs du gros intestin. *The Lancet*, 1^{er} mai 1909, p. 1231.
- BASTIANELLI. — a) Pour le traitement du cancer du rectum, in *Livre jubilaire du Professeur Hartmann*, 1932, p. 41.
- b) Questions regardant la cure chirurgicale du cancer du rectum. *Bull. Soc. Piemonteso. Chir.* 1934, vol. 4, n° 8.
- BERGERET. — Résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1931.
- BERGERET et LIVORY. — La résection recto-sigmoïdienne suivie d'intubation colo-rectale. *Journal de chirurgie*, 1940.
- BERTRAND et CORAJOD. — In traitement chirurgical du cancer du colon pelvien. *Masson*, Paris, 1936, p. 105.
- CHALIER. — Le traitement chirurgical du cancer du rectum. *Thèse de Lyon*, 1909.

- CUNEO. — La région sphinctérienne dans l'extirpation du rectum. *In livre jubilaire du Professeur Hartmann*, 1932, p. 139.
- DESJARDINS. — Résection du rectum par voie abdomino-anale avec conservation du sphincter continent. *Presse médicale*, 9 juillet 1910, p. 521.
- DESMARETS. — Résultats du traitement du cancer du rectum. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1931.
- DUFOUR. — Le traitement chirurgical du cancer du rectum. *Thèse de Paris*, 1934.
- DUVAL. — Rapport au Congrès français de chirurgie, 1913.
- EHRLICH. — Invagination der Zirkulären Naht nach Rectumresektion. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1926, vol. 140, p. 179.
- ERDMANN. — Malignancies of the colon. *Annals of Surgery*, janvier 1929, p. 54.
- GAHINET. — Technique s'exérèse du rectum en deux temps par voies combinées (service du Dr. A. Bergeret). *Thèse Paris*, 1938.
- GIBSON. — End to end anastomosis by the invagination method. *Annals of Surgery*, juillet 1910, p. 116.
- GOVERNEUR et OURY. — Le traitement du cancer du rectum. *Presse Médicale*, 19 mars 1932, p. 463.
- HARTMANN. — a) Traitement opératoire direct du cancer du rectum. *Journal de chirurgie*, décembre 1913.
— b) Le cancer du rectum et son traitement. *Paris Médical*, n° 14, 6 avril 1929, p. 328.

- c) In chirurgie du rectum, 1931.
- d) Du rétablissement de la continuité intestinale en cas de résection recto-colique suivie d'anūs artificiel. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 5 juillet 1939.

HEDJUK. — Résection d'un cancer recto-sigmoïdien par le procédé de Hartmann. Rétablissement tardif de la continuité intestinale. *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (rapport de Picot), 29 avril 1936.

HUGUIER. — Résection d'un cancer rectal supérieur par voie abdominale terminée par invagination du colon pelvien dans le canal anal. *Paris chirurgical*, janvier 1920.

JEAN. — Rétablissement tardif de la continuité intestinale par invagination après résection recto-sigmoïdienne (rapport de A. Schwartz). *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 13 décembre 1930.

LECLERC. — Le rétablissement de la continuité intestinale par invagination après résection des néoplasmes du haut rectum et de l'S iliaque (rapport d'Okinczyc). *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 29 octobre 1930.

LEIBOVICI. — a) Quelle est, à l'heure actuelle, la meilleure opération contre le cancer du rectum. *Journal de Médecine de Paris*, 20 octobre 1938.

- b) La place de l'opération d'Hartmann dans le traitement du cancer du rectum. *Revue de Chirurgie*, janvier 1939.

- LUQUET. — a) Amputation du rectum par voie haute. *Revue technique de chirurgie de Paris*, décembre 1932, tome XXIV, p. 225.
- b) Idées de Pauchet sur le cancer du rectum. *Journal de médecine de Paris*, 1938.
- MATHEWS. — Cancer of the rectum. Présentation of cases. *Annals of Surgery*, juillet 1925.
- MAUNSELL. — A new method of excision the upper portion of the rectum and the lower segment of the sigmoid flexure of the colon. *The Lancet*, 1892, p. 473.
- MAYO (W. J.). — The radical operations for the relief of cancer of the rectum and recto-sigmoid. *Annals of Surgery*, 1912.
- MERIEL. — Affections chirurgicales du gros intestin. In *Nouveau Traité de Chirurgie*, Paris 1924, tome XXXVII.
- MILONE. — La cura chirurgica del carcinoma del retto. *Archivio Italiano di chirurgia*, vol. 43, fasc. 1, 1936, p. 54.
- MONDOR. — a) Le cancer du rectum. *Thèse de Paris*.
- b) L'étendue de tout cancer du rectum. In *Livre Jubilaire du Professeur Hartmann*.
- MORISON. — Quelques nouvelles méthodes dans les opérations du bassin chez la femme. *British Gynecological Journal*, février 1901.
- MUMMERY. — a) A new method of restoring the continuity of the bowel in cases of the excision of a growth low down in the sigmoid flexure. *The*

Lancet, 1908, pp. 1403 et 1512.

- b) Diseases of the colon and their surgical treatment, 1910.

OKINCZYC. — a) Cancer de la partie terminale du colon pelvien : résection, invagination du colon dans le rectum ; guérison. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 19 février 1930.

- b) Les indications de l'exérèse du cancer du colon pelvien selon son siège. In *Livre Jubilaire du Professeur Hartmann*, 1932, p. 515.

- c) Résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 5 mai 1931.

PAUCHET. — La sigmoïdectomie avec anus définitif. *La pratique chirurgicale illustrée*, 1927, fasc. 7, p. 105.

PICOT. — Abaissement du colon au sphincter anal après extirpation du rectum cancéreux. *Paris Médical* 31 mars 1923.

QUERVAIN (de). — Un cas d'implantation du colon transverse dans le rectum. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, Genève, 1908, p. 757.

RARÈRE. — Rapport au Congrès Français de Chirurgie de 1922.

SANTY et Michel BECHET. — Un cas d'invagination colorectale après résection pour infarctus génito-pelvien (rapport d'Ameline). *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 10 mars 1937.

SCHWARTZ. — a) Rapport au Congrès Français de Chirurgie de 1925.

- b) Résultats du traitement du cancer du rectum. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 9 mars 1931, p. 465.
- c) La conservation du sphincter. In *Livre Jubilaire du Professeur Delbet*. Masson, 1932, p. 239.
- d) Le traitement chirurgical du cancer du rectum. *Reforma Medica*, 1936 n° 24.
- e) Du rétablissement tardif de la continuité intestinale en cas de résection recto-colique suivie d'anus artificiel. *Mémoire de l'Académie de chirurgie*, 21 juin 1939.

SCHWARTZ et HUARD. — Le cancer du rectum in *Pratique médico-chirurgicale*. Masson, 1927, 3^e édition, tome VII, p. 580.

TIERNY. — Traitement du cancer du rectum d'après le dernier congrès de chirurgie allemand. *Journal de Médecine de Paris*, 1925, p. 798.

TISSERAND. — Deux cas d'invagination colo-rectale. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 17 avril 1929.

TURNER. — Au sujet du récent article de Mummery paru dans *The Lancet*. *The Lancet*, 23 mai 1908.

ZAGDOUN. — La continence naturelle après ablation recto-sigmoïdienne pour cancer. *Thèse Paris* 1934.

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e
